

## Trophoblasterkrankung

# Geminigravidität mit kompletter Blasenmole neben koexistierendem vitalen Fetus

Nora Limani-Gadient<sup>a</sup>, Daniel Oertle<sup>b</sup>, Patrick Imesch<sup>a</sup>, Daniel Fink<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Klinik für Gynäkologie, UniversitätsSpital Zürich; <sup>b</sup> Praxisgemeinschaft Maggi/Oertle, Zürich

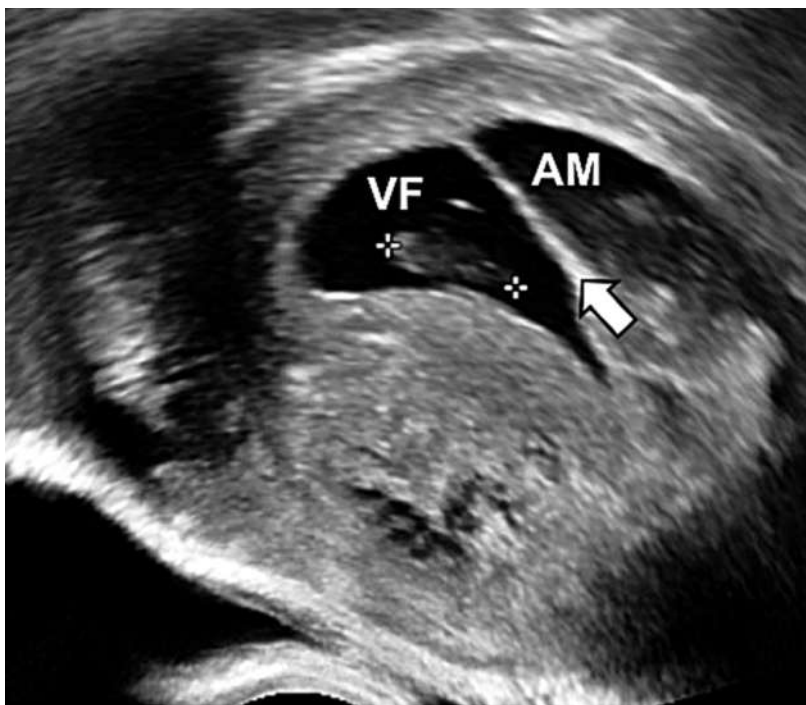
## Fallbeschreibung

Die 35-jährige Patientin wird uns zugewiesen mit unerwünschter Schwangerschaft und Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch bei bereits abgeschlossener Familienplanung. Bis auf eine in der Vergangenheit aufgetretene, medikamentös behandelte depressive Episode bestehen keine Nebenerkrankungen. Die Patientin hat eine 10-jährige Tochter und einen 5-jährigen Sohn, die sie spontan geboren hat. Sie berichtet über eine Hyperemesis gravidarum, die in den ersten beiden Schwangerschaften nicht aufgetreten sei.

Klinisch zeigt sich ein leicht vergrösserter, anteflektiert-antevertierter Uterus.



Nora Limani-Gadient



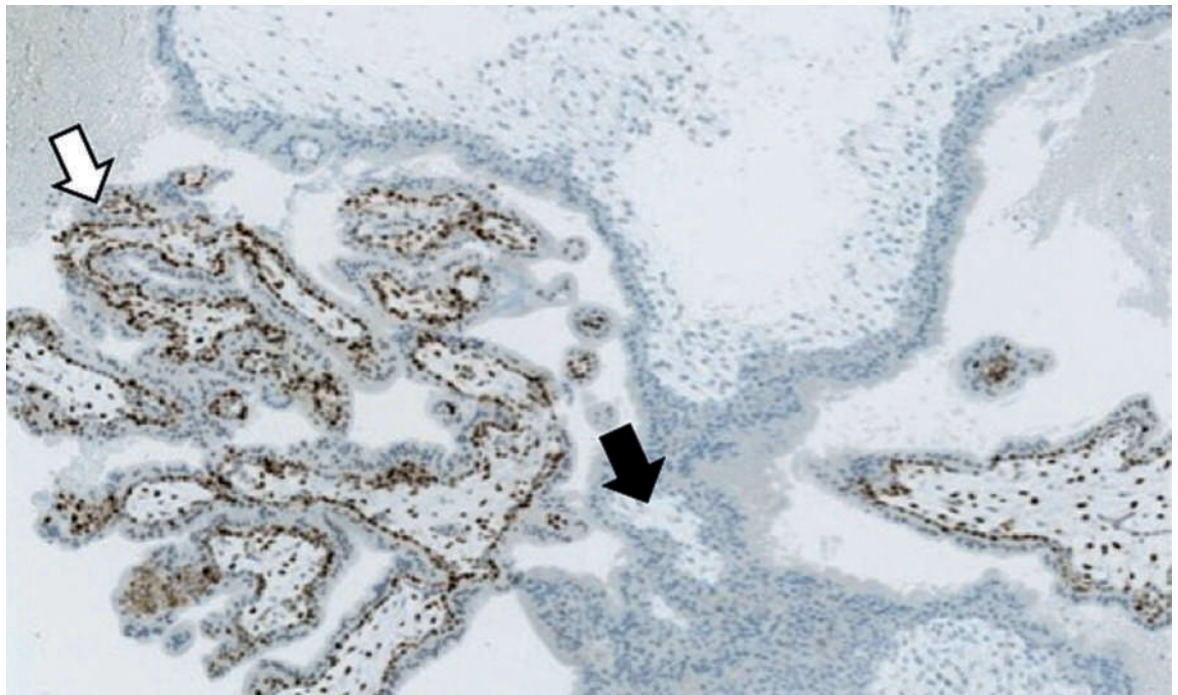
**Abbildung 1:** Vitaler intrauteriner Fetus (VF) neben inhomogener, unscharf begrenzter, amorpher Masse (AM), getrennt durch eine dicke lambdaförmige Trennmembran (Pfeil, sogenanntes «lambda sign»).

In der sonografischen Kontrolle findet sich eine Geminigravidität mit vitalen Fetus mit einer Scheitelsteisslänge von 11,7 mm, 7+4 Schwangerschaftswochen entsprechend. Neben dem vitalen Fetus lässt sich eine inhomogene, schlecht abgrenzbare Masse darstellen (Abb. 1). Dazwischen zeigt sich eine dicke Trennmembran, die lambdaförmig ( $\lambda$ ) in die seitliche Begrenzung der Fruchthöhle des vitalen Fetus einmündet. Dies lässt an das «lambda sign» (breiter Ansatz der Trennmembran, bedingt durch die beiden Chorionschichten, jeweils begrenzt durch die Amnionmembran) bei dichorial diamnioter (jeder Fetus hat eine eigene Plazenta und eine eigene Amnionhöhle) Geminigravidität denken. Es liegt der Verdacht auf eine Trophoblasterkrankung vor, der auch bereits vom Zuweiser, einem Allgemeinmediziner mit grosser Sonographieerfahrung, geäussert wurde. Die durchgeführte  $\beta$ -HCG-Kontrolle zeigt einen Wert von 134449 U/l. Dies ist ein hoher Wert, jedoch hat der Serum- $\beta$ -HCG-Titer eine enorm grosse Streubreite, so dass ein hoher  $\beta$ -HCG-Wert noch keine Diagnose erlaubt [1].

Nach entsprechenden Beratungsgesprächen und Antrag der Patientin auf straffreien Schwangerschaftsabbruch in erklärter Notlage wird eine Saugkürettage unter sonografischer Kontrolle durchgeführt. Histologisch zeigt sich eine Geminigravidität mit kompletter Blasenmole einerseits und unauffälligen Chorionzotten andererseits (Abb. 2), so dass sich der initiale Verdacht auf eine Trophoblasterkrankung bestätigt.

Mit der Patientin werden wöchentliche  $\beta$ -HCG-Verlaufskontrollen bis zur Negativierung vereinbart, mit anschliessend monatlichen  $\beta$ -HCG-Kontrollen während mindestens sechs Monaten unter konsequenter Anti-konzeption.

In der ersten postoperativen Nachkontrolle nach zwölf Tagen zeigt sich ein deutlich rückläufiges  $\beta$ -HCG von 652 U/l, vier Wochen postoperativ liegt der Wert bei 161 U/l, zwei Monate nach der Operation ist das  $\beta$ -HCG erstmals unter die Nachweisgrenze gesunken.



**Abbildung 2:** Immunhistochemische Färbung für p57. Die hydatiformen Zotten der kompletten Blasenmole zeigen einen charakteristischen Verlust der Expression (schwarzer Pfeil), während die normalen Zotten ein regelrechtes Expressionsmuster aufweisen (weisser Pfeil).

### Diskussion

Bei den villösen Trophoblasterkrankungen kann zwischen Partialmole und kompletter Blasenmole unterschieden werden. Beide leiten sich vom villösen Trophoblasten ab. Während es sich bei der Partialmole meist um eine Triploidie handelt und sonografisch neben einer häufig verdickten Placenta embryonale Strukturen nachweisbar sind, handelt es sich bei der kompletten Blasenmole um eine «leere» Eizelle ohne mütterlichen Chromosomensatz. Diese wird in 90% der Fälle durch ein Spermium befruchtet, das dann den Chromosomensatz verdoppelt. In 10% der Fälle wird das leere Ei durch zwei Spermien gleichzeitig befruchtet. Sonografisch zeigen sich inhomogen-zystische Strukturen («Schneegestöber») bei fehlender Fetalanlage. In 15–20% der Fälle ist ein Übergang in eine gestationsbedingte trophoblastäre Neoplasie (GTN) möglich, während bei der Partialmole das Risiko nur bei 0,5–2% liegt [2].

Das Vorliegen einer kompletten Blasenmole neben einem normalen Zwilling ist ein sehr seltenes Schwangerschaftsbild. In der Literatur findet man eine Inzidenz von 1 pro 22 000–100 000 Schwangerschaften [3]. Wäre die Schwangerschaft unserer Patientin eine erwünschte Schwangerschaft gewesen, hätte man sich in einer komplexen Situation vorgefunden: Einige Autoren schlagen eher eine Beendigung solcher Schwangerschaften vor aufgrund geringer Wahrscheinlichkeit eines

günstigen Outcomes und hoher Rate an mütterlichen Komplikationen wie Präeklampsie, starken Blutungen oder Entwicklung einer GTN [4]. In einer Fallserie von 77 solcher Schwangerschaften zeigte sich jedoch, dass etwa 40% der Frauen ein gesundes Kind geboren hatten ohne signifikant erhöhtes Risiko einer malignen Transformation der kompletten Blasenmole [5].

Konklusiv kann festgehalten werden, dass aufgrund der Seltenheit dieses Schwangerschaftsbildes, einhergehend mit einer geringen Evidenzlage, ein individuelles Vorgehen in einem ausführlichen Beratungsgespräch zu empfehlen ist.

### Danksagung

Wir bedanken uns bei Dr. med. Jan Hendrik Rüschoff, Institut für Klinische Pathologie, UniversitätsSpital Zürich, für die Histologie-Abbildung.

### Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

### Literatur

- Goldstein S. Early pregnancy: normal and abnormal. *Semin Reprod Med.* 2008;26(3):277–83.
- Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet.* 2010;376(9742):717–29.
- Vimercati A, de Gennaro AC, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilla FD, et al. Two cases of complete hydatidiform mole with coexistent live fetus. *J Prenat Med.* 2013;7(1):1–4.
- Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y. Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. *Hum Reprod.* 2000;15(3):608–11.
- Sebire NJ, Foksett M, Paradinis FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet.* 2002;359(9324):2165–6.

Korrespondenz:  
Dr. med.  
Nora Limani-Gadient  
Klinik für Gynäkologie  
UniversitätsSpital Zürich  
Frauenklinikstrasse 10  
CH-8091 Zürich  
nora.limani-gadient[at]usz.ch